ibuclet,

8

ai sur l'épithélioma du pied.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS N° 392

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 7 août 1874,

PAR GEORGES DUBUCLET,

Né à Iberville (Louisiane, Etats-Unis d'Amérique),
Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux,
Ancien aide de clinique médicale à l'hôpital Saint-André de la même ville.

ESSAI SUR L'ÉPITHÉLIOMA DU PIED

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31,

1874

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRÉLAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Therapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiene	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	BOUILLAUD SÉE (G). LASEGUE. BEHIER.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires :
MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. CRUVEILHIER.	MM. GRIMAUX.	MM. OLLIVIER.
BALL.	DAMASCHINO.	GUENIOT	PAUL.
BLACHEZ.	DE SEYNES	ISAMBERT.	PERIER.
BOCQUILLON.	DUPLAY.	LANNELONGUE.	PETER.
BOUCHARD.	DUBRUEIL.	LÉCORCHÉ.	POLAILLON
BROUARDEL.	GARIEL.	LE DENTU.	PROUST.
	GAUTIER.	NICAISE.	TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.*
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N.*
— de l'ophthalmologie	PANAS.
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE

Examinateurs de la thèse.

MM. VERNEIUL, *président :* BOUILLAUD, DUPLAY, CRUVEILHIER.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire.*

Par délibération du 7 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune aprobation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage d'amour, de respect et de reconnaissance.

A LA MÉMOIRE

DE MON ONCLE DURAND

A MA TANTE, Mme DURAND

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MES COUSINS

NUMA DURAND ET Dr A. DURAND

Mes meilleurs amis.

A MES COUSINS, A MES COUSINES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30572605

A MES PREMIERS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BORDEAUX :

M. AZAM,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE Dr SEGAY,
Ex-chirurgien titulaire à l'hôpital Saint-André.

M. LE PROFESSEUR MABIT,
Officier de la Légion d'honneur,

M. LE Dr DUDON,
Ex-chef interne à l'hôpital Saint-André,
Chirurgien des hôpitaux,
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine.

M. LE Dr DEMONS,
Chirurgien adjoint des hôpitaux,
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE Dr VERGELY,
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Bordeaux.

A M. LE PROFESSEUR DEPAUL

Remercîments sincères.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL,

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié,

Chevalier de la Légion d'honneur.

Je remercie M. le Dr POZZI et M. CARTAZ, internes des hôpitaux de Paris, de la bienveillance avec laquelle ils ont mis leurs notes à ma disposition.

ESSAI

SUR

L'ÉPITHÉLIOMA DU PIED

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Verneuil un cas d'épithélioma du pied, je demandai à ce vénéré maître de vouloir bien me permettre d'en faire le sujet de ma thèse inaugurale.

Le malade offrait plusieurs particularités très-intéressantes : outre l'ulcère rebelle qu'il portait au bord externe du pied, il était atteint d'un psoriasis généralisé, datant de l'âge de 19 ans, signe d'une constitution profondément herpétique.

Était-on en présence d'un épithélioma coïncidant avec l'affection cutanée présentée par le malade, ou devait-on penser qu'il existait un rapport de cause à effet entre le psoriasis et l'épithélioma du pied ? Telle est la question qu'il s'agissait de résoudre.

M. Verneuil croit que l'on peut, jusqu'à un certain point, se ranger à cette dernière opinion, parce qu'il a déjà chez beaucoup de malades, porteurs d'épithélioma, trouvé des antécédents herpétiques.

Dans l'état actuel de la science, il n'est pas encore fait

mention de cette influence étrange; aussi nous est-il difficile et même impossible de produire des faits suffisamment nombreux et concluants à l'appui de la question.

Quoi qu'il en soit, profitant des données de l'observation de ce malade, nous avons essayé de faire la description de l'épithélioma du pied, tout en regrettant de n'avoir pu en faire une étude plus approfondie et plus digne du maître qui nous en a inspiré l'idée première.

Mais à défaut de cette satisfaction, qu'il nous soit permis de lui témoigner ici toute notre reconnaissance en le priant de bien vouloir accepter nos remercîments pour la bienveillance dont il nous a toujours entouré.

Nous aurions bien voulu présenter un court exposé historique de l'épithélioma; mais le cas particulier qui nous occupe n'ayant pas été, du moins à notre connaissance, l'objet de travaux spéciaux, nous signalerons seulement plusieurs articles de M. Verneuil, publiés dans les *Archives générales de médecine* (mai, août et décembre 1854), où il étudie et signale, le premier, l'épithélioma qui a son point de départ au sein même des glandes sudoripares; — la thèse de M. Gorju (*Maladies de la peau et de la plante du pied*; Paris, 1857). Enfin en 1860, parut une thèse remarquable sur le cancroïde en général (Heurtaux, thèse de Paris 1870), thèse dans laquelle nous avons largement puisé.

Dans notre travail nous commençons par l'anatomie pathologique, parce que cette partie nous paraît la plus importante; nous étudierons ensuite les symptômes, la marche et la terminaison, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'épithélioma, en rapportant à chaque article une observation.

Avant d'aborder l'étude histologique des différentes variétés d'épithéliomas, nous croyons qu'il est bon d'examiner successivement les corpuscules élémentaires qui caractérisent cette affection, leur mode de développement dans la peau et leur propagation à travers les autres tissus normaux du corps.

Les auteurs ont décrit différentes sortes d'éléments micrographiques de l'épithélioma. On y rencontre surtout des cellules aplaties, tantôt munies d'un noyau assez petit, tantôt dépourvues de noyau.

Ces corpuscules sont souvent très-irréguliers ; ils prennent des formes très-variées, se hérissent de prolongements, où semblent creusés d'excavations. D'autres fois ils présentent des noyaux d'un volume considérable ; ou bien ils se font remarquer par le développement ou par l'éclat brillant de leurs nucléoles. En général, ils se rapprochent par leur forme des cellules de l'épithélium pavimenteux. Bien plus rarement ces cellules sont sphériques ou prismatiques; c'est alors surtout qu'on a cru à leur analogie avec les cellules du cancer.

Entre ces cellules, on rencontre des *corps granuleux* spéciaux, amas assez régulièrement arrondis de granulations, sans enveloppe, sans noyaux distincts, et des *globes épidermiques* ovoïdes ou sphériques. Ces derniers corpuscules remarquables par leur volume, qui varie de $\frac{1}{200}$ à $\frac{2}{3}$ de millimètre, sont formés à leur centre par un amas de granulations, et à leur pourtour par des couches de cellules

imbriquées les unes sur les autres. Quelquefois plusieurs globes se réunissent ensemble et prennent alors des dimensions exagérées. Malgré l'accroissement qu'ils acquièrent dans ce cas, les globes épidermiques ont un aspect si particulier qu'on ne peut les confondre avec aucun autre élément microscopique.

D'après M. Robin on trouve encore dans le tissu de l'épithélioma des petits corpuscules auxquels il a donné le nom de *cytoblastions* ; ce sont des éléments anatomiques, se présentant sous forme de noyaux libres, sphériques, que l'on rencontre dans un grand nombre de tissus sains et pathologiques. Outre tous les éléments qus nous venons de signaler, on observe des *fibres de tissu cellulaire*, une grande quantité de *substance amorphe*, quelquefois de cristaux de cholestérine et des *gouttelettes* de graisse.

Tels sont les éléments micrographiques de l'épithélioma. Ces divers produits corpusculaires se déposent au sein des tissus envahis par le pseudoplasme et gagnent peu à peu les parties environnantes. Suivant le siége primitif de ces formations on a pu en distinguer et décrire plusieurs espèces. La plus commune tant pour les épithéliomas qui siégent sur la peau que pour les épithéliomas qui affectent les muqueuses, est celle où les corpuscules s'infiltrent dans les papilles : on la désigne par le nom d'*épithélioma papillaire* ou *verruqueux*. Parmi les autres variétés nous décrirons la *forme dermique* et la *forme glandulaire* ; cette dernière peut être *sébacée*, *pileuse* ou *sudoripare*.

1° *Epithélioma papillaire*. — Au moment où cette forme débute, on trouve une simple hypertrophie des papilles de la peau recouverete d'une couche épidermique plus ou moins épaisse. Si l'on soumet à l'examen microscopique

une de ces papilles, on constate qu'elle a conservé son apparence fibroïde; mais elle est augmentée de volume et parcourue par des capillaires plus gros et plus nombreux qu'à l'état normal; ils semblent avoir plus de longueur; on les voit quelquefois décrire des flexuosités à la surface de la papille.

De son côté, l'épiderme participe à cette espèce d'hypertrophie et forme des gaînes épaisses constituées par la superposition de nombreuses lamelles épithéliales.

A ce premier degré, il est à peu près impossible de distinguer un épithélioma d'une simple verrue; mais bientôt les tissus sont infiltrés des éléments corpusculaires de l'épithélioma. Cette infiltration a lieu par la formation à l'intérieur de ces papilles d'alvéoles remplis de cellules épidermiques, qui se disposent sous la forme d'axes assez réguliers en suivant, comme une espèce de mandrin, le moule intérieur de la papille. (Kuss, de Strasbourg.)

Pendant que ce travail superficiel s'effectue, le derme aussi est le siége d'une altération analogue. On voit les cellules s'accumuler à la base de la papille, au point le plus abondamment pourvu de vaisseaux, puis ils suivent le capillaire qui de la papille s'enfonce dans le derme, forment un véritable canal autour du vaisseau et l'atrophient peu à peu. C'est là ce qui constitue le *cylindre épidermique* décrit par M. Kuss (1). On s'explique ainsi comment ces prolongements s'enfoncent jusque dans les os, en suivant le trajet même des capillaires. C'est à cette variété que nous rapportons l'observation que nous avons prise dans le service de M. Verneuil.

(1) Gazette médicale de Strasbourg, 1845, p. 109.

Observavion I. (Particulière, prise à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, nº 4, service de M. le professeur Verneuil). — Epithélioma du bord externe du pied. — Forme papillaire. — Désarticulation des quatrième et cinquième métatarsiens. — Infection purulente. — Mort.

B..., âgé de 47 ans, instituteur, est entré fin juin 1874 à l'hôpita de la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil, pour un vaste ulcère siégeant au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du cinquième orteil du pied gauche.

Aucun antécédent héréditaire, le malade du moins n'a pas pu donner de détails à ce sujet. Pas de syphilis, pas d'excès alcooliques.

Cet homme, d'une constitution forte en apparence, avoue lui-même qu'il n'est pas si robuste qu'on le croirait au premier abord ; pour peu du reste qu'on l'examine avec attention, on s'aperçoit facilement qu'il est anémié et que sa corpulence est due à un état de bouffisure, plutôt qu'au développement musculaire.

Malgré cet état particulier, il se portait habituellement bien; il présente seulement, depuis l'âge de 19 ans, une affection rebelle de la peau qui a débuté aux articulations du coude, du poignet et du genou par des surfaces irrégulières rugueuses, sèches, qui se sont couvertes d'écailles minces, grisâtres, adhérentes, tombant lentement et laissant sous elles une surface d'un rouge terne. Ce psoriasis peu à peu s'est généralisé pour disparaître en partie à diverses reprises, et ne laisser de traces qu'aux endroits qui en avaient été les premiers envahis, c'est-à-dire les articulations, et revenir de nouveau.

Cette affection, sauf quelques démangeaisons passagères et un peu de dyspepsie, n'incommodait pas beaucoup le malade et ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations jusqu'en 1870, époque où sa chaussure lui blessa légèrement la plante du pied. Malgré ce petit accident, il continua à marcher quelque temps ; mais il ne tarda pas à éprouver une violente douleur à ce niveau, douleur qui s'exaspérait par la fatigue et amenait un léger suintement de la plaie, qui restait toujours à peu près dans le même état, et n'avait pas une tendance marquée à la cicatrisation.

En 1871, il fut pris d'accidents gastro-intestinaux intenses avec diarrhée, vomissements, inappétence, qui amenèrent rapidement une affaiblissement très-notable, à tel point qu'il comprit alors qu'il était malade, s'en inquiéta et requit les soins d'un médecin. Il fut soumis aux amers, au vin de quinquina, en un mot, à un régime fortifiant. Sous cette influence, il vit son état général s'améliorer un peu.

Quant à la plaie qu'il portait au pied, il se contenta de quelques

lotions émollientes, souvent répétées, et obtenait ainsi un soulagement temporaire. Mais la plaie s'étendait toujours. Il vit de nouveau son médecin, qui y fit des applications de teinture d'iode pendant longtemps. Voyant l'ulcération gagner malgré ce traitement, il en vint à des moyens plus énergiques : il pratiqua, sans obtenir plus de succès, des cautérisations au nitrate d'argent. Et en dernière ressource, il recourut, au mois de mars dernier, aux cautérisations au moyen du cautère actuel. La plaie, sous cette influence, sembla redoubler de vitalité et acquit bientôt des proportions fort inquétantes. C'est alors que le malade se décida à entrer à l'hôpital et à se soumettre aux soins de M. le professeur Verneuil.

État du malade à son entrée. — L'ulcère qui existe actuellement a débuté, comme nous l'avons dit, sur la plante du pied gauche et a gagné insensiblement le bord externe et un peu la face dorsale du cinquième orteil. Cet ulcère rebelle présente une forme ellipsoïde à grand diamètre, dirigé perpendiculairement au bord du pied ; les bords sont irréguliers, déchiquetés, durs, taillés à pic ; la surface est d'un rouge terne, bourgeonnante ; les bourgeons sont plus exubérants à la face plantaire que sur les faces externe et dorsale. A la plante du pied, on observe entre eux de petits dépôts blancs, caséiformes, qui ont fait supposer à ce moment que l'on avait affaire à un épithélioma sudoripare. Mais un de ces bourgeons, examiné au microscope par M. Nepveu, n'a fait voir que des éléments épithéliaux déformés et en grand nombre, comme cela s'observe dans la forme papillaire.

La base de cette ulcération est indurée, fortement adhérente au bord externe et à la plante du pied ; un stylet introduit au niveau de l'os arrive facilement jusqu'à lui, on sent des petites crépitations qui indiquent que l'os est envahi et que son tissu est raréfié.

6 juillet. M. Verneuil nous ayant montré le malade, fit sur les épithéliomas une clinique très-intéressante, qui nous a beaucoup aidé dans ce travail. Qu'il nous permette de rappeler ici, en les résumant, les considérations dans lesquelles il est entré au sujet de l'opération qu'il pratiqua : la moitié externe de la plante du pied étant atteinte par le mal, il faut enlever le cinquième métatarsien, parce que le périoste de cet os est probablement infiltré par l'élément épithélial : mais, dans ce cas, l'ulcère est trop étendu pour espérer avoir des lambeaux et obtenir une cicatrisation facile en même temps que solide. M. Verneuil se décide alors à désarticuler, en même temps, le quatrième métatarsien et à disséquer la peau qui le revêt, afin d'obtenir de quoi recouvrir le moignon.

Séance tenante, l'opération est pratiquée, la surface de la plaie lavée avec de l'eau alcoolisée. Comme pansement, on a recours au mode de pansement de M. Alp. Guérin, c'est-à-dire au pansement ouaté, que

l'on laisse d'habitude en place pendant vingt à vingt-cinq jours sans le changer.

On évite souvent, en usant de ce moyen, les accidents ordinaires aux plaies qui ne sont pas soustraites au contact de l'air.

Le 7. Le malade va bien. Matin, T. 38,6. — Soir, T. 38,4.

Le 8. Embarras gastrique léger, vomissement. Pas de selle depuis l'opération, lavement simple. T. 38°.

Le 9. Matin, T. 37°. — Soir, T. 38,1.

Le 10. Matin, T. 37,6. — Soir, T. 38,4. Hémorrhagie légère; on défait l'appareil pour renouveler en partie le pansement.

Le 11. T. 37,6. Depuis la veille, le malade éprouve un grand malaise. Vers sept heures du soir, il fut pris d'un frisson. T. 39,2.

Le 12. Malaise avec sueur froide et visqueuse. Matin, T. 38,6. — Soir, T. 38,1. On enlève l'appareil ouaté. Pansement à la glycérine.

Le 13. Même état, facies abattu. On prend alors quatre fois par jour sa température: le matin, entre sept et huit heures, de onze heures à midi; le soir, de trois à quatre heures et entre sept et huit heures. Matin, T. 37,8-39,4. — Soir, T. 39°-39o.

Le 14. Matin, T. 37o-39,2. — Soir, T. 37,8-38,2.

Le 15. Matin, T. 36,9-39,6. — Soir, T. 38,4-37,6.

Le 16. Matin, T. 37,2-40°. — Soir, 39,5-39°.

Le 17. T. 38°. Le malade est dans une grande prostration ; la nuit dernière, il a eu un peu de délire, on a dû l'attacher pour le maintenir au lit.

Voyant cette aggravation de symptômes, M. Verneuil porta un pronostic fâcheux et prochain. Il fit, à ce sujet, une leçon où il insista sur la marche singulière de cette complication : cet individu, sobre et menant une vie régulière, a présenté, dès le début, des accidents mal déterminés, nausées, vomissements, la surface du moignon présentait une atonie remarquable ; au bout de quelques jours, le malaise s'accentuant de plus en plus, le patient fut pris d'un frisson, la température du 11, prise immédiatement après, marquait 39,2. Jusque-là, elle n'avait présenté qu'une légère ascension le soir, il n'y avait rien d'inquiétant, mais le frisson, accommpagné d'élévation de température, éveilla l'attention sur la possibilité d'une pyohémie. La température du lendemain 12 semblait rassurante, mais elle ne reconnaissait pour cause l'établissement d'aucun accident, ni adénite, ni lymphangite, il n'y avait pas lieu de la croire favorable. Alors M. Verneuil, considérant les accidents que présenta le malade, indépendamment du frisson, pensa que ces accidents bizarres pouvaient bien être attribués à la constitution herpétique du sujet. Le 16 juillet, un nouveau frisson survint, la plaie prit un aspect livide, se dessécha, les bourgeons étaient déprimés et noirs. A partir de l'apparition du premier frisson, on prit quatre fois par jour la température; sa marche, dans le cas présent,

montre l'importance absolue de cette précaution et les enseignements précieux que l'on peut en retirer. En effet, si l'on fait un tableau des chiffres donnés par le thermomètre,

			39°2(frisson.)
38°6			38,1
37°8	39°4	39°	39
37	39°2	37,8	38,2
36,9	39,6	38°4	37,6
37,2	40 (2e frisson.)	39,5	39

on lit très-clairement que le malade a présenté les ascensions dans le milieu de la journée. On peut ainsi établir la courbe des oscillations de la température, *signe pathognomonique de l'infection purulente.* Si, au contraire, on avait négligé cette mesure, on n'aurait pas pu se rendre compte des phénomènes obscurs présentés par le malade, ni établir un pronostic certain. C'est ce dont on peut se convaincre facilement en supprimant par la pensée les deux températures extrêmes de la journée, qui n'indiqueraient évidemment pas grand'chose, et même pourraient laisser passer inaperçue la terrible complication qui ne tardera pas à emporter le malade.

Les 18 et 19 juillet. Les symptômes deviennent de plus en plus accentués, le malade meurt dans la nuit du 19 au 20 juillet. La putréfaction cadavérique fut très-rapide.

Nécropsie. — La nécropsie fut pratiquée dans le terme réglémentaire. On examina soigneusement *l'estomac* pour se rendre compte des accidents gastriques opiniâtres que présenta le malade ; on ne trouva aucune lésion, l'estomac était sain.

Le foie, diminué de volume, présente les lésions de la cirrhose à la seconde période : il est dur, crie sous le scalpel. A la coupe, on observe des petits lobes indurés, qui sont surtout saillants sur les bords de l'organe. Pas d'abcès métastatiques.

Les autres organes n'ont pas pu être examinés.

La piéce a été présentée à la Société d'anatomie, par M. Pozzi qui, tout en insistant sur la coexistence du psoriasis généralisé et de l'épithélioma, a fait de grandes réserves au sujet des relations qu'on pourrait établir entre ces deux maladies.

Il a fait remarquer que dans le nombre immense de psoriasis cutanés observés dans les hôpitaux spéciaux, à

Saint-Louis, par exemple, où il a été interne, on n'a pas signalé l'existence concomitante de l'épithélioma.

Il ne faudrait pas s'en laisser imposer par une similitude de nom, et croire que, de ce que le psoriasis de la muqueuse buccale est une chance avérée d'épithélioma de la bouche, il en soit de même pour le psoriasis cutané.

M. Pozzi rappelle à ce sujet que ce que l'on a appelé psoriasis des muqueuses est une affection toute différente du psoriasis de la peau, et qu'il ne faut pas plus comparer ces deux maladies dans leurs suites que dans leur nature. Il cite à ce sujet la thèse récente de M. Debove sur le psoriasis lingual.

Par conséquent, jusqu'à ce que des faits nouveaux soient venus s'ajouter à celui-ci, M. Pozzi pense qu'on n'est pas en droit d'établir une relation de cause à effet entre le psoriasis cutané et l'épithélioma.

Ce malade d'ailleurs n'a pas présenté de psoriasis de la plante du pied, l'épiderme n'est pas malade dans cette région. Donc on ne peut pas invoquer l'influence prédisposante du psoriasis comme ayant amené la production de l'épithélioma en ce point.

2 *Épithélioma dermique* — Cette variété d'épithélioma est celle dans laquelle la lésion occupe d'emblée toute l'épaisseur du derme, et ne s'accompagne pas d'hypertrophie papillaire. Comme lésion primitive, on trouve un épaississement de la couche épidermique coïncidant avec une sorte d'hypertrophie du derme qui a un aspect blanc laiteux, et offre une friabilité remarquable. L'épiderme se décolle assez facilement du derme sous-jacent, et si l'on fait une coupe du derme, on le trouve transformé en une substance amorphe, très-granuleuse, très-friable, dans

laquelle les fibres du derme disparaissent. Cette gangue présente un grand nombre de gouttelettes graisseuses, et plus tard on y constate des alvéoles qui se remplissent de cellules épithéliales.

3° *Épithélioma glandulaire.* — Une forme encore assez commune de l'épithélioma, c'est celle où la lésion débute par les glandules de la peau. Les éléments anatomiques remplissent les glandes et les distendent; leurs culs-de-sac, devenus globuleux, finissent par se perforer et les produits morbides s'infiltrent alors dans les parties voisines. Cette espèce d'hypertrophie glandulaire a été désignée par M. Broca, sous le nom de *polyadénome*, et par M. Robin, tumeur hétéradénique. Au pied, comme à la main, on en distingue deux variétés : le *polyadénome* ou *épithélioma des glandes sudoripares* et le *polyadénome* ou *épithélioma des glandes sébacées*. Quant à la variété qui atteint les *follicules pileux*, elle est exceptionnelle, et ne s'observe pas, du moins à notre connaissance, dans la région qui nous occupe-l'élément anatomique manquant absolument à la face plan, taire ; à la face dorsale, on pourrait l'observer, mais seu-ment aux points pourvus de poils, par exemple au cou-de-pied, ou bien à la face dorsale des orteils.

α. *Glandes sébacées.* — Dans les glandes sébacées qui ne possèdent à l'état normal qu'une ou deux couches périphériques d'épithélium pavimenteux, le centre des culs-de-sac étant plein de cellules graisseuses, on voit, au début de l'épithélioma, les cellules pavimenteuses de la périphérie augmenter en nombre, repousser au centre les cellules graisseuses qui ne tardent pas à être rejetées. La membrane limitante de la glande disparaît, et les glandes atteintes ne tardent pas à se transformer en lobules d'épi-

thélioma. On doit à M. Robin un article remarquable sur ce sujet (1).

β. *Glandes sudoripares.*— Presque à la même époque MM. Verneuil et Remak annonçaient que les glandes sudoripares étaient parfois le point de départ d'altérations qui pouvaient avoir toutes les conséquences de l'épithélioma. Mais c'est principalement à M. le professeur Verneuil que revient l'honneur de la découverte; car lui le premier il a bien étudié les lésions de ces glandes dans un excellent article publié en 1854 (*Observat. pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau*; *Arch. de méd.*, 5e série, mai, août et décembre 1854).

L'épithélioma sudoripare se présente sous des formes variables: tantôt c'est une petite tumeur isolée; d'autres fois on remarque plusieurs bosselures plus ou moins rapprochées ou même confondues par leurs bords, de manière à figurer un bourrelet saillant et onduleux. En pratiquant une coupe à ce niveau, on peut distinguer à l'œil nu de petits corps vermiformes, jaunâtres, friables, caséeux situés dans l'épaisseur même de la peau ou immédiatement au-dessous. A l'examen microscopique on trouve le plus souvent, dans la même pièce, tous les intermédiaires possibles entre la glande sudoripare normale et celle qu'une altération avancée a rendue méconnaissable.

A mesure que l'hypergénèse épithéliale se fait dans l'intérieur de la glande, le tube qui la constitue se dilate, ses parois s'amincissent et se laissent distendre en des points circonscrits, ce qui leur donne un aspect variqueux et bosselé. Ces bosselures s'allongent peu à peu, prennent la forme de doigts de gant, qui se renflent à leur extrémité.

(1) Gazette des hôpitaux, 1852.

Ces tubes et ces bosselures sont gorgés de cellules épithéliales pavimenteuses, serrées les unes contre les autres, à noyau très-petit, ovoïde. Mais, comme le fait observer M. Verneuil, ce noyau est très-grand proportionnellement à la cellule, « ce qui fait de cet épithélium pavimenteux le plus petit peut-être de ceux qui forment cette classe, et ce qui par conséquent lui donne des caractères très-spéciaux » (loc. cit., *Arch. gén. de méd.*, t. IV, p. 462).

Une autre particularité signalée par M. Verneuil, c'est la disposition qu'affecte cet épithélium. A l'état physiologique, les cellules qui tapissent les parois de ces glandes en tubes sont juxtaposées, sans trop de régularité ; à l'état pathologique, au contraire, les cellules qui avoisinent la paroi ont toutes leur grand diamètre dirigé vers le centre de l'appendice digitiforme. Dans un autre cas, M. Verneuil a rencontré de véritables globes épidermiques développés dans les bosselures que nous avons signalées plus haut.

Les lésions que nous venons de mentionner ont trait à la première période du développement de l'*épithélioma sudoripare*, c'est-à-dire à l'hypertrophie glandulaire proprement dite. A une époque plus avancée, M. Verneuil a trouvé des lésions des tissus voisins, lésions caractérisées par l'infiltration épithéliale de ces tissus. On comprend aisément comment cela peut se faire ; soit que les parois des glandes, distendues outre mesure, aient été détruites, alors le contenu envahit peu à peu les tissus environnants ; soit que l'hypergénèse épithéliale se soit faite en même temps dans la glande et dans les tissus ambiants.

Telles sont les principales *formes primitives* des épithéliomas ; plus tard, les variétes sont moins tranchées, car toutes se confondent, à tel point qu'il est fort difficile de

dire par où l'épithélioma s'est primitivement développé. On voit alors le mal se présenter sous forme d'une tuméfaction diffuse ou d'une ulcération à base indurée, qui souvent s'étend bien plus en largeur qu'en profondeur. Sa consistance est dure, élastique, sa teinte est tantôt blanchâtre, le plus souvent d'un rouge sombre.

Si un point de la surface de l'épithélioma est ulcéré, il se recouvre d'une croûte brune ou jaunâtre, qui contient des écailles épidermiques, du pus desséché, du sang et de la matière sébacée Ces croûtes prennent, dans quelques cas, la disposition de cornes. Au-dessous de ces croûtes, on voit ordinairement des éminences papilliformes. Le tissu malade présente à la coupe une surface de section formée par une substance sèche, jaunâtre, granuleuse, d'où la pression ne fait pas sortir un suc lactescent comme dans le cancer, mais un sérum mêlé de quelques débris caséiformes. On trouva en outre dans cette substance des grains arrondis vermiformes (*vermiothes cancroïdes* de Virchow), débris de glandes malades ou cellules épithéliales juxtaposées.

Voyons maintenant comment se comportent les tissus normaux situés dans le voisinage de l'épithélioma. L'observation apprend que ces tissus sont progressivement comprimés par ces corpuscules, et finissent par disparaître. Certains tissus résistent pendant que d'autres se sont laissé envahir, de telle sorte que les lésions sont subordonnées à la nature du tissu.

C'est dans le *tissu cellulaire* que les éléments de l'épithélioma pénètrent le plus facilement ; ils s'enfoncent dans les mailles de ce tissu ou dans l'intervalle celluleux des fibres musculaires, pour s'arrêter seulement là où la résistance des tissus est plus considérable. Souvent on voit

l'altération suivre les gaînes celluleuses des vaisseaux et des nerfs et se propager ainsi assez loin.

Le *tissu musculaire* subit, lui aussi, certaines altérations. Quelquefois la destruction de ses éléments se borne à une simple atrophie de ses fibres qui résulte de la pression qu'elles éprouvent de la part du tissu cellulaire périphérique gorgé d'éléments épithéliaux ; dans d'autres cas, les éléments épithéliaux, associés à des granulations graisseuses, pénètrent par infiltration dans les fibres mêmes du muscle et les détruisent.

Les modifications des vaisseaux sont à peu près analogues. Les *artères,* d'abord comprimées par le dépôt de cellules épithéliales, s'aplatissent, se plissent, à tel point qu'il arrive un moment où leur calibre intérieur est tout à fait effacé ; alors leurs parois se confondent avec les parties voisines. Leurs tuniques résistent pendant un temps à l'infiltration épithéliale, mais elles finissent par être atteintes, se ramollissent et cèdent enfin à la force de l'ondée sanguine : de là des hémorrhagies. Pajet (1) a vu trois fois des hémorrhagies de l'artère crurale, à la suite d'un épithélioma ganglionnnaire de l'aine qui avait ulcéré les parois du vaisseau.

Les *veines* sont plus facilement pénétrées par le tissu morbide. La tumeur adhère d'abord à la veine et l'use insensiblement, puis, à un moment donné, l'épithélioma se trouve en contact avec le sang veineux.

Les *lymphatiques* sont envahis d'assez bonne heure, soit que les éléments de l'épithélioma s'introduisent dans ces vaissaux, soit que la tumeur verse dans leur cavité un blastème liquide.

(1) Paget. Lectures on surg. pathol., Epithelial cancer, 1853.

Les *nerfs* et le *tissu fibreux* résistent longtemps à la dégénérescence, mais ils sont envahis à la fin, et les os même n'échappent pas à ces désordres.

Signalons enfin en terminant deux lésions qui peuvent accompagner l'épithélioma : *l'infection ganglionnaire* et *l'infection viscérale*.

La première complication s'observe dans les ganglions qui sont en rapport anatomique avec la région malade. Ils peuvent s'engorger de deux façons différentes, soit par le seul fait de l'existence d'un ulcère sur le trajet des lymphatiques afférents (*engorgement sympathique* ou *d'irritation*), soit par infection (*engorgement spécifique*) ; dans ce dernier cas, les ganglions infectés prennent tout à fait l'aspect de l'épithélioma primitif.

Nous avons rapporté à l'article Marche et terminaison un cas d'infection ganglionnaire (observ. de M. Cartaz).

L'infection viscérale, bien plus rare que l'infection ganglionnaire, est en général précédée d'une véritable cachexie. Cette rareté, d'après certains auteurs, suffit à établir une remarquable différence entre ces tumeurs et le cancer.

SYMPTOMATOLOGIE.

L'épithélioma présente en général au début des symptômes insidieux, très-variables et subordonnés à la forme de l'affection. Les formes sous laquelles débute le mal ont été décrites par les auteurs sous trois types bien nettement tranchés. Il n'est pas rare cependant de les voir se combiner entre eux de telle sorte qu'il est souvent presque impossible de les délimiter ou de savoir à quelle variété on a affaire.

La première forme, qu'on pourrait appeler *papillaire*, se caractérise à l'origine par des papilles hypertrophiées, exubérantes et molles, ou bien par des granulations grisâtres ou rosées rassemblées en petit nombre, et constituant ainsi de petites saillies. L'épiderme qui environne les papilles est un peu épais, gris, jaunâtre ou noir. Cette forme, la plus fréquente, est celle à laquelle nous pouvons rapporter les observations I et IV. C'est aussi cette variété que l'on trouve souvent au dos de la main.

La deuxième forme *épidermique* débute par un petit dépôt squameux, sorte d'écaille épidermique, dont les bords se continuent presque sans ligne de démarcation avec l'épiderme des parties voisines. Le plus souvent cette pellicule ne fait pas saillie ; dans quelques cas au contraire la squame est assez épaisse pour faire une notable saillie et, même, s'il y en a plusieurs entassées, simuler une espèce de corne.

Dans l'observation que nous allons rapporter ici, le mal a commencé par une verrue très-saillante.

Obs. II. (Recueillie à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 8, service de M. le professeur Verneuil.) — Epithélioma de la malléole interne du pied gauche.

G... est entré le 16 juillet 1874, salle Saint-Louis, lit n° 8. Cet homme, âgé de 54 ans, chaudronnier, se porte habituellement bien et présente une bonne constitution.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de syphilis. Varices considérables aux deux jambes.

Il y a un an, il s'est blessé au niveau de la malléole interne avec un morceau de tôle; la plaie, simple piqûre, ne l'inquiéta pas tout d'abord et ne l'empêcha pas de continuer son travail.

Au bout de trois ou quatre mois, il se prit à souffrir de la petite plaie qui s'était recouverte d'une petite écaille. Bientôt après, il vit cette écaille épidermique devenir plus saillante, se développer en largeur et atteindre peu à peu les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ; elle était inégale, assez résistante.

Cette espèce de verrue tomba il y a environ quatre mois, et depuis, la plaie s'est agrandie et a gagné en profondeur.

Aujourd'hui, il porte, un peu au-dessus de la malléole interne, une ulcération grande comme une pièce de deux francs, à bords saillants, blanchâtres, ressemblant à du tissu fibreux, indurés, déchiquetés et taillés à pic. Le fond de l'ulcère, grisâtre, présente de petites saillies papilliformes, molles, baignées par un liquide clair, filant, sans odeur appréciable.

Comme traitement antérieur, le malade a été pansé avec des cataplasmes, des bandelettes de diachylon et des pommades, sans amélioration sensible.

Le 24 juillet, M. Verneuil, vu la présence de varices énormes aux jambes du malade, se décide à attaquer le mal avec le caustique, de préférence à tout autre moyen ; ce procédé offrant plus d'avantages dans cette circonstance et étant moins dangereux.

Cautérisation avec pâte de Vienne, laissée en place pendant cinq minutes. L'eschare est pansée avec un carré de diachylon.

Dans d'autres criconstances, cette production épidermique, au lieu de présenter les caractères de résistance que nous avons signalés dans cette observation, est au contraire molle et peu épaisse. On a signalé des cas où on l'avait trouvée unie, sèche, fendillée et brillant comme du nacre.

Enfin l'épithélioma débute quelquefois par un *tubercule*, de volume variable, soulevant plus ou moins la peau. Cette tumeur présente tantôt un consistance notable de résistance, tantôt au contraire elle est molasse et comme fongueuse ; elle est mobile ; la peau qui la recouvre semble adhérer à son sommet, en ce point on trouve presque toujours une petite squame qui laisse à découvert, lorsqu'elle tombe, une surface unie et humide.

Obs. III (d'Atkinson).

Albulafia, âgé de 54 ans, rabbin à Jérusalem, fut blessé au talon par un éclat de bombe, lors du bombardement de cette ville par les Egyptiens, en 1826. Plus tard, il fit de longs voyages à pied à travers toute l'Europe.

En 1854, il se développa dans la cicatrice une petite tumeur, qu fut enlevée une première fois; elle récidiva et fut cautérisée.

En 1858, M. Atkinson extirpa tout le calcanéum qui était infiltré par la néoplasie. La guérison fut rapide et durable. (Extrait du *Dictionnaire* de Dechambre, article *Calcanéum*, p. 617.)

L'épithélioma est presque toujours unique au début. On cite cependant des cas authentiques d'épithéliomas multiples, mais ces cas sont très-rares. A une époque avancée, ils sont plus fréquents, mais alors cette multiplicité est due à la généralisation par infection ganglionnaire.

A l'origine, l'épithélioma ne s'accompagne pas de douleur; le malade n'éprouve que de légers picotements et quelques démangeaisons, aussi ne s'en préoccupe-t-il pas, même arrache-t-il souvent, à force de se gratter, la pellicule épidermique qui revêt la tumeur; il met ainsi à nu une petite ulcération rosée sur laquelle reparaît bientôt une nouvelle squame.

L'affection reste quelquefois des années dans cet état, sans progresser; mais arrive un moment où, par suite de la moindre irritation, il se forme une ulcération de laquelle s'écoule un liquide visqueux qui, en se desséchant à la surface de la plaie, la recouvre de croûtes épaisses, grisâtres ou noires. Ces croûtes tombent quelquefois spontanément, le malade les enlève souvent à force de se gratter; en tout cas elles se reproduisent bientôt, et à chaque fois le mal fait de nouveaux progrès.

Alors l'ulcération s'établit définitivement. *La surface* atteint parfois des dimensions considérables. Ainsi, dans l'observation que je dois à l'obligeance de M. Cartaz, interne du service de M. Labbé, à la Pitié, la surface ulcérée s'étend à la plante du pied, depuis les orteils jusqu'aux articulations tarso-métatarsiennes; à la face dorsale, l'ul-

cération occupe transversalement la racines des orteils qui sont en partie disséqués par l'ulcère.— Le fond de l'ulcère est irrégulier, grisâtre ou rouge brun, on y voit des bourgeons plus ou moins exubérants, mous, fongueux. A mesure que la maladie fait des progrès, les liquides qui s'écoulent sont plus abondants, plus fétides, et contiennent souvent une matière jaunâtre disposée en grumeaux.

Les bords sont durs, saillants, renversés en dehors, taillés à pic en certains points, et continuellement humectés par l'humeur qui s'écoule de l'ulcère.

Quand l'épithélioma arrive à une période plus avancée, sa base est indurée, n'est plus mobile comme au début, on sent qu'elle adhère solidement aux parties sous-jacentes. Si l'on explore la région avec un stylet, on découvre facilement que le tissu osseux est envahi. Arrivée à cette période, la maladie occasionne parfois d'atroces douleurs au patient.

MARCHE, TERMINAISON.

En général, cette affection a une marche lente; mais il arrive souvent qu'elle sort de son état stationnaire par suite des irritations exercées sur elle, soit par le malade qui est porté à se gratter, soit par le chirurgien qui y applique des topiques ou des caustiques. Nous avons rencontré ce fait dans deux de nos observations.

Dans la région du pied plus que partout ailleurs, l'épithélioma prend ce caractère de chronicité. La simple connaissance de la structure de cette région en donne une explication plausible. On rencontre de nombreux tractus fibreux, très-forts, très-résistants à la plante du pied, qui opposent à l'extension du pseudoplasme une barrière so-

lide, et ne se laissent infiltrer qu'avec lenteur. A leur présence encore peut être attribué le retard très-marqué de cicatrisation qu'éprouvent les plaies de cette partie, leurs bords ne pouvant plus se rapprocher. A la surface dorsale, les mêmes causes n'existent pas au même titre, il est vrai, mais peu s'en faut ; car la peau et la couche sous-cutanée sont très-minces et reposent directement sur une aponévrose résistante qui, partie des ligaments annulaires antérieur, interne et externe du tarse, descend sur les tendons et les accompagne jusque sur la région des orteils, de telle sorte que l'hypergénèse épithéliale peut s'étendre en surface, mais difficilemeut en profondeur.

Quant aux différentes variétés d'épithéliomas, elles ne présentent que peu de différence dans leur marche ; dans la forme glandulaire, l'infiltration des tissus se fait aussi facilement que dans les formes papillaire et dermique, quoique un peu plus tardivement. Dans cette forme, en effet, la prolifération épithéliale des glandes sébacées ou sudoripares se trouvant pour ainsi dire, emprisonnée dans leur intérieur, distend peu à peu les parois des culs-de-sac et des tubes glandulaires et finit par les rompre ; alors l'épithélium s'en échappe et se répand dans les tissus voisins, comme cela a lieu dans l'épithélioma qui débute par les papilles ou par l'épiderme.

L'épithélioma du pied reste souvent des années sans produire de phénomènes généraux. On observe même des malades qui n'en présentent pas, et chez lesquels l'affection, toute locale, ne porte pas une atteinte sensible à leur santé parfaite en apparence. Mais il est plus commun de voir le mal retentir sur l'économie, envahir d'abord les ganglions lymphatiques et amener plus tard tous les sym-

ptômes d'une cachexie profonde qui ne tarde ne pas à entraîner la mort.

L'*engorgement ganglionnaire*, premier degré de l'infection, atteint d'abord le ganglion le plus voisin du mal, ou ceux qui se trouvent sur le trajet des lymphatiques émanés de ce point. Ici, ce sont les ganglions poplités ou inguinaux qui sont envahis et d'autant plus promptement que la prolifération épithéliale suit une marche plus rapide. En examinant ces régions, on sent une ou plusieurs petites tumeurs mobiles, indolentes, qui soulèvent d'autant plus la peau qu'elles sont plus développées; lorsque l'infection est à une période avancée, on distingue plus difficilement l'engorgement dans la région de l'aine, parce que les ganglions y sont nombreux et constituent une vaste tumeur empâtée qui finit par se ramollir et ulcérer la peau qui la recouvre. On aperçoit alors une ulcération grisâtre, possédant tous les caractères des ulcérations épithéliales, qui laisse écouler une matière jaunâtre, grumeleuse, dans laquelle on découvre au microscope des éléments épithéliaux altérés et des cellules adipeuses. A cette période, le malade perd ses forces rapidement, maigrit et ne tarde pas à succomber.

L'observation suivante montre un malade arrivé à la période de l'infection ganglionnaire et de la cachexie :

Obs. IV (de M. Cartaz, interne du service de M. Labbé). — Epithélioma du pied gauche. — Forme papillaire. — Engorgement des ganglions inguinaux. — Etat général mauvais.

M. Guillaume, âgé de 77 ans, entre, le 27 avril 1874, dans le service de M. Labbé, salle Saint-Gabriel, no 5.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires.

Début, il y a quinze ans, par un cor au pied qui s'était ulcéré à la suite de marches pénibles ; la plaie est restée stationnaire et sans produire de douleurs jusqu'il y a près de dix-huit mois. A ce moment,

sans cause connue, l'ulcération grandit, se creusa, et les douleurs devinrent plus vives. Le malade remarqua surtout qu'elle avait beaucoup plus de tendance à saigner qu'autrefois. Il y a trois mois, la plaie n'offrait encore que les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Actnellement, plaie bourgeonnante, anfractueuse, ayant envahi toute la plante du pied, depuis les orteils jusqu'aux articulations tarso-métatarsiennes ; à la face dorsale, elle ne s'étend qu'un peu au-dessus de la tête des métatarsiens.

Au niveau de ses bords, la peau forme un bourrelet cicatriciel avec zone rougeâtre, brillante, semée de tubercules près de s'ulcérer. Sur le bord interne du pied, au niveau du gros orteil, le bord est plus profondément déchiqueté, laissant une cavité ulcéreuse, à suppuration sanieuse, de la dimension d'une grosse noisette.

Suppuration sanieuse peu abondante, mais très-fétide. Deux ganglions assez volumineux dans l'aine correspondante.

Au pied sain, les orteils sont légèrement subluxés en arrière ; le bord digital étant relevé à angle de 30° sur l'axe du pied.

Douleurs lancinantes depuis six mois.

Pas de troubles de la santé générale, si ce n'est l'insomnie.

En raison de l'âge du malade et de l'extension au système lymphatique de la partie supérieure du membre, on décide de ne pas intervenir.

Le malade sort après un court séjour. Les douleurs étaient bien calmées par des injections sous-cutanées quotidiennes de morphine.

Le malade rentre dans le service vers les premiers jours de juillet. L'état local n'a pas changé beaucoup ; mais la santé générale s'est notablement affaiblie. Amaigrissement profond. Douleurs plus vives que jamais et s'irrradiant sur toute la longueur du membre.

Signalons en dernier lieu que l'épithélioma présente quelquefois les mêmes complications que les plaies simples, telles que l'érysipèle, l'infection purulente, etc.

M. Verneuil a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation suivante qui est très-intéressante par la complication singulière qu'a présentée la plaie quelques jours après l'opération.

Obs. V. — Epithélioma développé sur une cicatrice. — Ablation. — Pansement ouaté. — Douleurs nocturnes persistantes. — La plaie, d'abord très-belle, prend l'aspect diphthérique avec redoublement de douleur. — Purgatif et sulfate de quinine. — Guérison rapide.

Auguste R..., 42 ans, habitant la province, cordonnier, excellente constitution, santé parfaite, a subi, en 1848, l'amputation de Chopart pour un écrasement de l'avant-pied. Le moignon est superbe, sans ascension du talon ni rétraction du tendon d'Achille; il fonctionne si bien que l'opéré est un des meilleurs marcheurs de son pays. Il s'est confectionné lui-même une chaussure grossière, mais très-bien adaptée à la forme de l'organe mutilé.

Il y a dix-huit mois cependant une induration s'est formée sur la cicatrice, c'est-à-dire à la réunion de la face dorsale du pied avec l'extrémité réfléchie du lambeau plantaire. Une ulcération s'est lentement développée, offrant tous les caractères de l'épithélioma et mesurant aujourd'hui 5 centimètres de diamètre en tous sens. Elle gêne beaucoup la marche et provoque des douleurs assez vives, continues, mais généralement plus intenses pendant la nuit.

R... se décide à entrer à la Pitié, le 4 avril 1873, salle Saint-Louis, n° 18.

Malgré son ancienneté et son étendue, le mal n'a pas progressé en profondeur, et la plaque indurée et ulcérée reste encore mobile et sans adhérences intimes avec le squelette du moignon. L'extirpation simple, sans résection ni amputation nouvelle, est donc praticable. D'ailleurs, point d'engorgement ganglionnaire inguinale, nulle trace de cachexie, mais seulement un peu d'amaigrissement et d'affaiblissement causés par les insomnies et le séjour au lit.

Opération le 9 avril; une incision circulaire, pratiquée à un bon travers de doigt des bords de l'ulcération, divise la peau dans toute son épaisseur et prélude à la dissection profonde. Celle-ci, rendue facile par la laxité du tissu cellulaire sous-jacent, découvre les tendons extenseurs sans les entamer. On lie deux ou trois petits vaisseaux.

Le pansement ouaté est soigneusement appliqué.

La journée se passe bien; mais la nuit a été troublée par une douleur extrêmement violente, qui a commencé à neuf heures du soir et n'a fini qu'à deux heures du matin, rappelant, à l'intensité près, les souffrances ordinaires; il semblait au malade qu'on lui arrachait le pied.

A la visite du matin, il n'y avait plus qu'une sensation d'engourdissement assez pénible, mais supportable; du reste, apyrexie complète.

Le même phénomène se reproduit tous les jours ou, pour mieux dire, toutes les nuits, mais avec beaucoup moins de violence, grâce sans doute à l'administration de l'opium à la dose de 0,05 à 0,10 centigrammes. Le malade, fort courageux et habitué à souffrir, ne se plaint guère, croyant que ses douleurs sont une conséquence naturelle de son opération.

Au reste, l'état général est excellent, la fièvre traumatique à peu près nulle, le moral bon, l'appétit conservé. Le 18, on enlève le premier appareil ouaté : la plaie, complètement détergée, est recouverte de granulations magnifiques ; on prescrit un pansement simple à la glycérine. Tout va bien jusqu'au 22, les douleurs elles-mêmes semblent s'apaiser ; mais on apprend ce jour-là que la nuit précédente a été très-mauvaise et que les souffrances ont repris toute leur violence. La plaie a subi des changements notables à sa partie supérieure et dans le cinquième environ de son étendue ; elle est d'un gris rosé et recouverte d'un enduit pulpeux et diphthéroïde ; çà et là les bourgeons sont mous, tuméfiés, bleuâtres et comme ecchymosés. Le moindre attouchement provoque de la douleur et un peu d'écoulement sanguin.

Pansement à l'eau fraîche ; 0,50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le lendemain, 24, aucune amélioration, nuit aussi mauvaise que la précédente. Les points malades de la plaie ont meilleur aspect ; mais l'altération monte plus haut et envahit d'autres parties de la surface. On porte à un gramme la dose de sulfate de quinine, mais sans résultat encore, car les douleurs nocturnes continuent et le reste de la couche bourgeonnante devient malade à son tour.

Malgré ces accidents locaux, la santé générale est à peine intéressée, et l'on ne note qu'une constipation assez rebelle.

Le 26. On administre le matin une bouteille d'eau de Sedlitz, et le sulfate de quinine dans l'après-midi. Cette fois la médication réussit ; au dire du malade, il a passé la meilleure nuit qu'il ait eue depuis son entrée à l'hôpital ; à peine a-t-il été réveillé pendant une heure par des souffrances très-supportables. La plaie commence à se déterger de nouveau. Le sulfate de quinine est continué à la dose de 1 gramme les jours suivants. Les douleurs, de moins en moins fortes, ont tout à fait cédé le 29, et la surface granuleuse a repris son aspect normal.

Pendant toute la durée de l'incident, nous avons à dessein continué le même pansement simple à l'eau fraîche, pour bien juger l'action de la quinine. A partir de ce moment, la cicatrisation a progressé lentement à cause de la région et du peu de mobilité du pourtour de la plaie, mais sans encombre. La plaie, soigneusement pansée avec des bandelettes de diachylon imbriquées, était fermée le 17 juin. R... est retourné dans son pays quelques jours plus tard, guéri et aussi alerte qu'autrefois.

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie de cette affection est, en général, fort obscure et difficile à déterminer. Il est cependant quelques conditions accessoires qui peuvent y prédisposer, il en est aussi d'autres qui, lorsque le mal est en germe dans l'économie, peuvent agir avec beaucoup d'influence sur son développement.

Parmi ces causes, signalons tout d'abord l'âge, le sexe et certaines causes individuelles, nous terminerons en examinant quelques conditions locales et la part que l'on peut attribuer à l'hérédité.

L'épithélioma s'observe surtout dans la seconde moitié de la vie, de 40 à 60 ans; du moins le petit nombre de malades que nous avons vus nous permet de hasarder cette assertion. Quant au sexe, il ne paraît pas exercer une prédisposition notable, cependant, le sexe masculin compte un plus grand nombre de malades porteurs d'épithélioma ; mais cela tient probablement à ce que les hommes sont plus exposés que les femmes à certaines causes qui, au milieu d'une constitution prédisposée, favorisent chez eux plus facilement l'apparition de la lésion. Telles sont aussi les raisons qui font naître plus souvent l'épithélioma dans les classes pauvres, chez les individus malpropres et les habitants des campagnes que chez les personnes habitant les villes et placées dans de bonnes conditions hygiéniques.

Parmi les causes locales qui paraissent favoriser le développement du mal, notons, comme cela est arrivé dans l'observation de M. Verneuil et celle d'Atkinson, la pré-

sence de cicatrices ; les ulcères aussi subissent quelquefois la prolifération épithéliale ; mais le traumatisme en est le plus souvent le point de départ : le malade se fait une petite blessure, une écaille épidermique se forme bientôt par-dessus et occasionne des démangeaisons, il cède au besoin de se gratter, d'où irritation de la plaie suivie du développement plus ou moins rapide de la maladie. Autant que partout ailleurs, on peut invoquer ici l'influence de l'irritation comme cause de l'épithélioma, le pied étant continuellement exposé à des pressions mécaniques, soit par suite de la marche, soit par des chaussures mal faites, On rencontre encore chez quelques individus un état particulier de la région qui joue un rôle actif comme irritant : tel est l'hypersécrétion des glandes sudoripares et sébacées qui occasionnent d'abord leur hypertrophie et qui plus tard, pour peu que le malade présente la moindre prédisposition, doit devenir le point de départ de l'hypergénèse épithéliale.

Comment expliquer, en effet, que tel individu, sous la moindre influence traumatique verra survenir un épithélioma, tel autre un cancer, et qu'un autre, au contraire, ne présentera pas de lésion morbide, s'il n'existe pas une prédisposition, un état particulier qu'on ne peut définir et dont l'essence échappe encore aux investigations les plus minutieuses de la science ? Il faut donc qu'il y ait une cause ; cette cause que l'on appelle *constitution* ou *diathèse* se manifeste toujours par des effets sensibles. Ainsi, dans notre première observation, nous voyons un homme d'une constitution herpétique se blesser : est-ce à cette petite blessure insignifiante que l'on doit attribuer le développement, chez lui, de la prolifération épithéliale ? Assuré-

ment non. Il faut qu'il ait quelque chose de plus : sa constitution herpétique.

Dans un grand nombre de néoplasmes, pour peu que l'on cherche la prédisposition, on la trouve et c'est à elle seule que doivent certains individus d'être plus exposés que d'autres à des manifestations cutanées d'ordre chirurgical.

M. Verneuil a constaté souvent ce fait. Dans ses cliniques il a souvent attiré notre attention sur ce point; il a doté cette manifestation subite de la prédisposition du nom de *rappel de diathèse*. C'est, nous disait-il, d'après le même mécanisme que l'on doit s'attendre à voir survenir après l'opération, chez des individus goutteux, rhumatisants, ou chez ceux qui ont eu des fièvres intermittentes ou tous autres accidents qui ont une tendance à récidiver, comme premier accident, un rappel de la maladie primitive.

Quant à la part que joue l'*hérédité* dans la production de l'épithélioma, sans la nier, nous dirons seulement que nous n'avons rien su de précis à ce sujet chez les malades que nous avons observés.

DIAGNOSTIC.

Les signes qui permettront de reconnaître l'épithélioma peuvent être tirés : de la localisation de la production morbide dans la substance même de la peau, de sa marche très-lente avant de passer à l'état d'ulcération et des caractères de cette ulcération. La forme irrégulière à bords taillés à pic, l'aspect végétant de la plaie qui ne verse point de pus, mais une matière qui se déssèche sous forme de croûte ; la tendance de l'ulcération à envahir tous les tissus du pied, soit en largeur, soit en profondeur, telles sont les bases du diagnostic.

Lorsque l'ulcération s'est produite, le diagnostic ne présente pas trop de difficultés.

A cette période, on pourrait cependant confondre l'ulcération épithéliale avec des ulcères syphilitiques qui sont la conséquence de la suppuration des gommes et des inflammations spécifiques du système osseux. Mais ces accidents seront distingués par leur marche, le peu d'induration des bords de l'ulcère, les accidents syphilitiques concomitants ou antérieurs, et enfin par l'effet curatif des médicaments spécifiques.

On ne prendra pas non plus un ulcère simple pour un épithélioma ulcéré ; car, à moins d'être entretenus par une cause locale, un corps étranger, une affection osseuse, les ulcères simples ont toujours tendance à la guérison. Dans les exceptions que je viens de signaler, la connaissance de la cause doit écarter tous les doutes.

Le mal perforant pourrait-il en imposer et faire croire à un épithélioma ? Nous ne le croyons pas, car dans le premier cas, l'ulcération est bien différente par sa forme et ses dimensions.

Du reste, le chirurgien évitera tout mécompte en se servant du microscope. L'observation suivante, rangée par M. Leplat parmi les observations publiées sur le mal perforant, a été considérée avec raison, par M. Gorju, comme un épithélioma de la plante du pied.

Dans ce cas, c'est l'examen micrographique, fait par M. le professeur Robin, qui est venu éclairer le diagnostic.

Obs. VI. (Prise dans la Thèse de M. Gorju (1). — Epithélioma de la plante du pied.

Le sujet de l'observation est un commissionnaire d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, n'ayant pas d'antécédents syphili-

(1) A. Gorju. Maladies de la peau de la plante du piéd.

tiques. Malgré d'amples souliers, son épiderme s'endurcissait dans certains points ; la plante du pied devenait calleuse ; il était obligé de couper ces callosités, et alors il arrivait dans une petite cavité renfermant quelque chose de noir comme de la suie. Comme la maladie progressait, il entra à l'hôpital.

Pied droit. — Gonflement considérable du pied et même de la jambe ; une plaie siége à la face plantaire du gros orteil, au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange ; fistule oblongue, étroite, bordée d'un épiderme noir endurci ; il sort un liquide filant comme du pus mal lié : le stylet rencontre la seconde phalange dénudée. A la face inférieure de l'extrémité phalangienne du petit orteil, il y a une plaque épidermique, noirâtre, ne dépassant pas le niveau de la peau fissurée.

Pied gauche. — Le mal siége sur deux points : 1° sur le gros orteil, à sa partie interne et inférieure au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange ; on voit une large plaque épidermique, dure, noire, avec une petite ouverture au milieu, conduisant au derme, qui, rouge, fongueux, fait saillie en forme de papille. Un stylet est mû circulairement dans une cavité circonscrite par le derme et la plaque épidermique. Une partie de la matière pulpeuse qui s'élève du derme est envoyée à M. Robin, qui donne la note suivante : « Le fragment est entièrement formé d'épithélium pavimenteux pareil à celui de la peau, à part les particularités suivantes : beaucoup de cellules sont plus grandes, plus granuleuses, à bords plus irréguliers qu'à l'ordinaire, avec un nucléole brillant et visible, comme dans les cellules de nouvelle formation ou les cellules d'une muqueuse toujours humide. Dans les cellules de la peau à l'état normal, et à la surface de l'épiderme, le nucléole et souvent le noyau sont atrophiés et manquent ; la marche du mal est assez celle des productions épithéliales dans leur marche toujours envahissante. » 2° Sur le second orteil, l'altération siége à la face inférieure de l'extrémité phalangienne ; l'épiderme est épais et dépasse le niveau de la peau, dont le derme est hypertrophié.

M. Richet met à nu le derme : pansement avec pommade mercurielle, guérison rapide. Sous la cicatrice, se voit un pointillé noirâtre ; le gros orteil du pied droit est soumis aux émollients, des fongosités s'élèvent, on les cautérise. L'inflammation redouble ; suppuration, infiltration dans le tissu cellulaire. Contre-ouverture à la face dorsale, cataplasme ; guérison au bout de deux mois. Le malade rentre quelque temps après ; au pied droit, se trouve une fistule suppurante : cataplasmes, repos. Il sort avec une arthrite sèche.

On ne devra donc jamais négliger d'enlever un petit morceau de la tumeur et de le soumettre à l'examen mi-

crographique. Le liquide produit à la surface de l'ulcération devra aussi être examiné avec soin.

Mais où les erreurs sont plus faciles à commettre, et où le diagnostic devient plus difficile, c'est lorsque la maladie est à son début.

En effet, l'épithélioma papillaire ne peut être que bien difficilement distingué des verrues et durillons, surtout lorsque ces petites tumeurs sont hérissées à leur surface d'éminences papillaires. Il y aura cependant tout lieu de supposer qu'on a affaire à un épithélioma, lorsque la petite tumeur se montre à un âge avancé et paraît avoir de la tendance à l'ulcération.

La marche seule pourra éclairer le diagnostic; en effet, lorsqu'on a affaire à un épithélioma, on observe de la desquamation, après laquelle, il survient une érosion qui tend toujours à augmenter en largeur et en profondeur.

PRONOSTIC.

Le pronostic de l'affection est grave; sa marche envahissante, sa tendance à infecter les ganglions lymphatiques et à amener l'altération de la constitution du sujet, doivent être prises en grande considération. Mais sa gravité est beaucoup moindre que celle du cancer. L'épithélioma n'altère la santé générale qu'après un temps souvent fort long, lorsqu'il a envahi une étendue assez considérable de tissus et que les ganglions sont engorgés.

La forme anatomique de la lésion a une grande importance au point de vue du pronostic. Des trois variétés que l'on observe aux pieds, l'épithélioma papillaire est la plus grave, et sa gravité est d'autant plus incontestable que

c'est elle qui s'accompagne le plus souvent d'infection ganglionnaire et qui récidive le plus fréquemment.

Cette raison fait de l'épithélioma une affection redoutable et assez commune. Nous avons vu un cas de récidive pendant cette année, dans le service de M. Trélat, à l'hôpital de la Charité, cas des plus probants; mais malheureusement nous n'avons pas pu nous procurer l'observation. Il s'agissait d'une femme âgée qui portait à la plante du pied un épithélioma datant de plusieurs années et semblant assez limité ; pas d'engorgement ganglionnaire. M. le professeur Trélat l'extirpa par l'application de caustiques. La malade sortit quelque temps après presque guérie; elle était domestique, elle reprit son service; mais bientôt elle dut s'arrêter et rentrer à l'hôpital : le mal avait récidivé sur place et les ganglions inguinaux étaient engorgés. Ces symptômes subirent une aggravation rapide; la malade devint cachectique et mourut.

TRAITEMENT.

Quels sont les moyens dont on dispose contre cette terrible affection, et quels sont ceux que l'on peut opposer à son développement? Tels sont les deux questions que nous nous efforcerons d'examiner successivement.

L'épithélioma une fois reconnu, le traitement doit être essentiellement chirurgical. Il faut attaquer énergiquement le mal, car les ablations ou les destructions partielles, loin d'entraver la prolifération épithéliale, semblent au contraire l'exciter et même la favoriser ; c'est-à-dire que l'on doit s'abstenir de topiques irritants et éviter toutes les causes qui peuvent occasionner la moindre excitation de la plaie.

Les moyens dont dispose le chirurgien contre l'épithélioma comprennent deux méthodes : ou bien attaquer le mal par les caustiques, ou l'enlever avec le bistouri.

L'application de caustiques doit être réservée pour les cas où la lésion est nettement limitée et où l'on peut être sûr d'atteindre le mal au delà de ses racines. On doit alors employer les caustiques forts, car des caustiques faibles produiraient un résultat tout opposé à celui qu'on se propose de réaliser. Parmi les caustiques, ceux que l'on doit préférer sont : la pâte de Vienne, la pâte au chlorure de zinc ou de Canquoin.

Quant au cautère actuel, il doit être repoussé, parce qu'il n'amène pas une destruction assez complète de la lésion. C'est ce que nous avons eu l'occasion d'observer dans notre première observation.

Si l'on se sert du premier caustique que nous avons désigné, c'est-à-dire de la pâte de Vienne, et si l'ulcération est peu considérable, superficielle, voici comment on procède : on prend un carré de diachylon dans lequel on taille une ouverture un peu plus grande que l'ulcère, on l'applique de manière à laisser la plaie à découvert, puis on la couvre d'une couche de caustique d'à peu près 1/2 centimètre. On laisse en place le petit appareil ainsi produit environ cinq minutes, temps nécessaire pour obtenir une eschare suffisante. Le procédé a été employé dans le cas d'épithélioma de la malléole que nous avons rapporté à la symptomatologie.

Dans les cas où les limites du mal sont plus étendues en surface et en profondeur, on doit recourir à la pâte de Canquoin qui, par sa consistance, permet de cerner le mal plus profondément. Pour cela on enfonce, un peu au delà des bords de l'épithélioma, des petites flèches de pâte au

chlorure de zinc, dans des trous préalablement faits tout autour de l'ulcère, soit avec un bistouri, soit avec un trocart; ces flèches forment ainsi une eschare profonde qui isole les parties saines de la production morbide, de telle sorte que la chute de la tumeur se fait en même temps que la séparation de l'eschare. Ce procédé, qui a été imaginé par M. Maisonneuve, présente des avantages incontestables; mais il est difficile de l'appliquer dans la région du pied où la couche des parties molles est peu épaisse, et où les pertes de substance mettent si longtemps à se combler. Si l'on considère aussi la difficulté de diagnostiquer la limite intérieure du mal et les douleurs atroces que ce procédé occasionne au malade, on verra que ce mode opératoire ne peut être employé que dans un bien petit nombre de cas : dans les cas où l'état local du membre ne peut faire craindre une hémorrhagie abondante, par exemple, lorsqu'il y a des varices ou que le sujet est fortement anémié.

De toutes les méthodes, celle qui offre le plus d'avantages est l'extirpation au moyen de l'instrument tranchant; dans ce cas, on est toujours sûr d'atteindre le mal au delà de ses limites; ce point est la partie capitale du traitement de cette affection, c'est le but que l'on doit s'efforcer d'atteindre pour arriver à éviter la répullulation. Mais dans quelle limite doit-on porter le bistouri? Les difficultés du diagnostic exact de l'étendue du mal ne permettent pas de résoudre cette question, comme l'on peut le constater dans l'observation que M. Broca a présentée à la Société anatomique, et que nous relatons ici.

Obs. VII (de M. Broca, présentée à la Société anatomique *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIV, p. 75, 1849.)

M. Broca fait voir le pied d'un individu qui portait, depuis plusieurs années, un ulcère au talon. Le malade avait été traité de toutes les façons; on n'avait rien négligé pour faire disparaître l'ulcère ; on avait employé tour à tour la cautérisation au fer rouge et la rugination avec un couteau à amputation. Désespéré de n'obtenir aucun résultat satisfaisant, M. Lenoir a pris le parti d'amputer au-dessous de la malléole Le microscope a fait découvrir dans la partie malade l'élément épithélial. Elle envoie un noyau assez considérable dans l'intérieur du calcanéum. C'est ce que fait voir la coupe de cet os. Le noyau est de même nature que ce qui fait la base de l'ulcère.

M. Deville regrette que dans les cas analogues à celui que signale M. Broca, les difficultés du diagnostic soient quelquefois insurmontables. Il n'aurait pas probablement mieux reconnu le mal que M. Lenoir; mais, après coup, il voudrait que l'opération n'ait pas été faite. Il lui semble, en examinant attentivement la pièce anatomique, que les parties molles seules sont malades, et que peut-être, en poussant les choses à l'extrême, on aurait pu guérir, en enlevant la moitié inférieure du calcanéum avec la scie, la gouge ou de toute autre façon. M. Deville pense qu'il eût été facile de faire un moignon, en attirant la peau des parties voisines.

M. Lebert partage l'avis de M. Deville, relativement à l'opération qu'il propose, et il se fonde sur la localisation de la maladie. Cependant, il fait remarquer que les affections épidermiques vont souvent très-loin dans l'épaisseur des os. Ils envahissent de proche en proche, sans cesser pour cela de rester des maladies locales. Ces caractères rapprochent cette maladie du cancer ; elle fait des ravages localement, mais elle ne se généralise pas. M. Lebert croit donc, pour se résumer, qu'on obtiendra, dans de telles circonstances, d'autant plus de succès, qu'on portera plus loin et plus profondément les opérations.

Dans le cas que présente notre première observation, le mal, qui siégeait au bord externe du pied, envoyait des prolongements jusqu'au cinquième métatarsien, comme nous l'avons dit. Il nécessitait la désarticulation de cet os; c'est précisément la détermination que prit M. Verneuil.

Il est donc de la plus haute importance, avant d'entreprendre une opération pour un épithélioma du pied, d'explorer soigneusement la région, de se rendre compte,

autant que possible, des limites de la région malade. Pendant l'opération, on disséquera attentivement le mal, on explorera avec le doigt les parties environnantes, si l'œil n'aperçoit pas l'infiltration des parties, et l'on se rappellera que c'est surtout en suivant les espaces celluleux que la prolifération épithéliale s'étend le plus facilement, et que c'est aussi dans ce sens qu'elle envoie des prolongements.

A une période plus avancée, si le mal a retenti dans les ganglions, si le malade est âgé et cachectique, alors l'opération est inutile ; il vaut mieux ne pas y toucher et laisser le mal suivre son cours. On se bornera seulement à en éloigner toute excitation ; à l'aide de cette simple recommandation, le sujet pourra vivre encore quelque temps.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie. Histologie. — Articulation du coude.

Physiologie. — Du toucher.

Physique. — Conductibilité des corps pour la chaleur.

Chimie. — De la potasse, de la soude et de la lithine ; leurs préparations ; leurs caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des arachnides; leur division ; des araignées et des scorpions. Quels sont les arachindes qui habitent le corps de l'homme (sarcopte, demodex, etc.) ?

Pathologie externe. — De la pourriture d'hôpital et de son traitement.

Pathologie interne. — De la maladie désignée sous le nom de goître exophthalmique.

Pathologie générale.—De l'influence des causes morales dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des hydatides du foie.

Médecine opératoire. — De la résection du genou et de ses inditions.

Pharmacologie. — Qu'entend-on par saccharolés ? Comment les divise-t-on ? Des gelées, des pâtes, des tablettes, des pastilles et des saccharures.

Thérapeutique.—Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

Hygiène. — Des vètements.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des taches de sperme, avec celles que l'on peut confondre avec elles.

Accouchements. — De l'hydramnios.

Vu bon à imprimer,
VERNEUIL, Président.

Permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.